



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

BRUNO SCHOFFEN MARTINS

**ABORTO NO BRASIL: BREVES REFLEXÕES EPIDEMIOLÓGICAS,
JURÍDICAS E ÉTICAS**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado em forma de artigo como
requisito a formação no Bacharel em
Enfermagem no UniCEUB, sob
orientação do professor, Linconl Agudo
Oliveira Benito.

Brasília

2019

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter me dado o dom da vida. A minha família, que sempre me apoiou para concluir o curso. Aos meus professores que ao longo dos meus anos de formação contribuíram para o meu desenvolvimento tácito e empírico. Aos meus familiares e amigos que me apoiaram e contribuíram de maneira direta e indireta para a minha formação.

***“A verdadeira sabedoria consiste em
saber que você não sabe de nada”.***

SÓCRATES

Aborto no Brasil: breves reflexões epidemiológicas, éticas e jurídicas

Bruno Shoffen Martins¹
Lincoln Agudo Oliveira Benito²

RESUMO

Trata-se de um estudo epidemiológico, exploratório e de abordagem quantiquantitativo e que analisou o perfil socioeconômico e sociodemográfico identificados junto aos registros de abortamento no “Brasil” nos anos de 1996 a 2017. Também foi realizada breve análise jurídica do referido fenômeno. Os dados foram extraídos junto ao Serviço de Informação sobre Mortalidade do Ministério de Saúde. Foi identificado o universo de 1.830 registro de abortamento com média e desvio-padrão de 83,9±15,2. Foram identificadas enquanto maiores preponderâncias a região Sudeste (SE) com 43,4% (n=794) e o estado de São Paulo (SP) com 43,1% (n=342). Também foi verificado dentre os registros que 47,2% (n=831) possuíam idade entre a 20 a 29 anos, 63,3% (n=1.158) se encontravam solteiras, 21,4% (n=391) possuíam entre 4 a 7 anos de escolarização, 41% (n=751) eram cor/raça parda e subnotificação de casos. Foi verificado redução na frequência de registros de mortalidade por aborto no recorte geográfico e histórico.

Descritores: Aborto, criminalização, direito, conflito.

Abortion in Brazil: brief epidemiological, ethical and legal reflections

Abstract

This is an exploratory, quantitative and epidemiological study that analyzed the socioeconomic and socio-demographic profile identified with abortion records in Brazil from 1996 to 2017. A brief legal analysis of this phenomenon was also carried out. Data were extracted from the Mortality Information Service of the Ministry of Health. The universe of 1.830 abortion records with mean and standard deviation of 83.9±15.2 was identified. The Southeast region (SE) with 43.4% (n=794) and the state of. With 43.1% (n=342) were identified as the greatest preponderance. It was also found that 47.2% (n=831) were between 20 and 29 years of age, 63.3% (n=1.158) were single, 21.4% (n=391) had between 4 at 7 years of schooling, 41% (n=751) were brown color / race and underreporting of cases. There was a reduction in the frequency of abortion mortality records in the geographic and historical clipping.

Keywords: Abortion, criminalization, social control, conflict.

¹Aluno do UniCEUB.

²Professor do UniCEUB.

1 INTRODUÇÃO

Aborto é uma palavra oriunda do latim *ab ortus* que significa privação do nascimento, porém, a abortamento tem mais significado técnico, pois, indica a conduta de abortar. Pode ser classificado enquanto accidental, natural, criminoso, legal ou permitido, conforme esmiuçado no corpo (JESUS, 2013).

A diretriz adotada pelo Brasil exposta junto a caderneta de Atenção Humanizada ao Aborto, a partir de uma perspectiva clínica, expõe a definição deste fenômeno enquanto a interrupção da gestação dentre o período compreendido entre a 20ª e a 22ª semana, desde que o produto da concepção, aqui chamado de feto, tenha menos de 500g (BRASIL, 2011).

Em um contexto histórico, um dos primeiros a pôr o tema aborto em pauta, com uma abordagem científica e social na saúde por volta do século XVI a.C., foi Hipócrates, considerado o pai da medicina antiga, no qual estudou todo o quadro clínico, até mesmo os métodos possíveis para a introdução do este fenômeno, sendo criticado devido à sua própria regra primeira de não causar nenhum tipo de dano ao ser humano (DALLARI, 2009).

Desta forma, o tema aborto é amplo e envolve diversos aspectos dentre eles, aspectos morais, legais, sociais, culturais e religiosos (SANTANA; SANTOS; PÉRES, 2014).

Assim, a referida temática em análise na presente pesquisa justifica sua importância, sendo temática de reflexões inclusive pela Supremo Tribunal Federal (STF), por entender que o direito usa várias técnicas para sua interpretação como por exemplo, analogias, costumes e princípios gerais, conforme rege a Lei de Introdução às Normas do Direito Brasileiro (LINDB), no entanto, uma das ferramentas utilizadas para garantir a jurisprudência é a Arguição de Descumprimento de Preceitos Fundamentais - ADPF (STF, 2012).

Por outro lado, a categoria profissional de enfermagem, tal como o direito, segue as regras e princípios instituídos, no entanto, a mesma se encontra fiel ao cuidado técnico científico, de modo a garantir o conforto ao ser humano em todas as suas dimensões, o cuidado a vida, bem como, a garantia às relações pessoas, conforme preceituado pelo seu Código de Ética Profissional de Enfermagem (COFEN, 2017).

Desta forma, a presente pesquisa teve enquanto finalidade, analisar o perfil socioeconômico e sociodemográfico identificados junto aos registros de abortamento no recorte geográfico formado pelo “Brasil” e no recorte histórico formado pelos anos de 1996

a 2017, além de desenvolver breves reflexões sobre esta temática por meio do ordenamento jurídico nacional.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico, exploratório e de abordagem quantiquantitativo e que analisou o perfil socioeconômico e sociodemográfico identificados junto aos registros de abortamento no recorte geográfico formado pelo “Brasil” e no recorte histórico formado pelos anos de 1996 a 2017, ou seja, vinte e um (21) anos.

Também foi desenvolvida breves reflexões sobre a temática em análise por meio do ordenamento jurídico nacional. Para aquisição de dados necessários a edificação da presente pesquisa, foram extraídos os subsídios junto ao portal do Serviço de Informação sobre Mortalidade, gerenciamento pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Ministério de Saúde (SIM/DATASUS/MS).

Foi utilizada a Classificação Internacional das Doenças em sua décima edição (CID-10) objetivando facilitar o processo de aquisição das informações analisadas em categorias “O03-aborto espontâneo”, ”O04-aborto por razoes medicas e legais”, “O05-outros tipos de aborto”, “O06-aborto não especificado”, ”O07-falha na tentativa de aborto”, ”O08-complicações consequentes de aborto na gravidez ectópica molar”.

Também foram utilizadas às normas legislativas pertencentes ao ordenamento jurídico brasileiro, sendo as mesmas, a Constituição Federal de 1988, o Código Penal (CP) de 1940, o Código Civil (CC) de 2002, a Lei de Introdução as Normas Brasileiras de 1942 e a Lei de número 9.263/1996.

Foram também realizados levantamentos bibliográficos eletrônicos em base de dados informatizadas, sendo elas a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), o Google Acadêmico (Google School), Minerva-UFRJ, Saber-USP e Teses-FIOCRUZ.

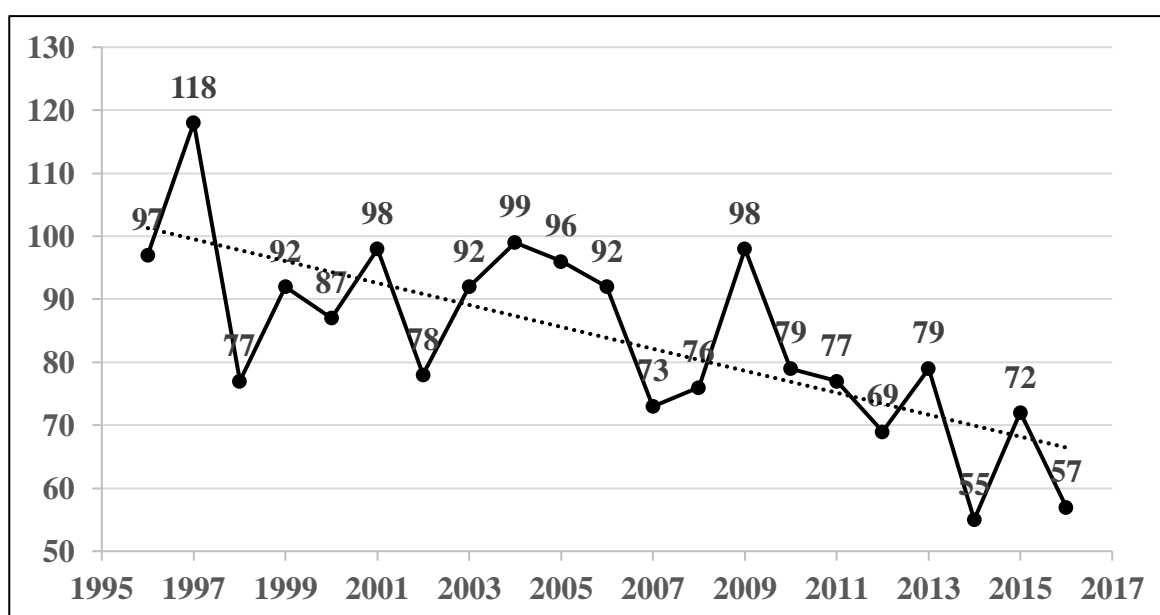
Após a aquisição dos dados, os mesmos foram organizados junto ao software Microsoft Excel® 2016 pertencente ao pacote Microsoft® 2016 e, após o processo de organização e análise dos dados, foi implementada análise estatística descritiva sendo realizado os respectivos cálculos percentuais.

Os resultados foram expostos por meio de figuras e tabelas explicativas. Os autores declaram a inexistência de conflito de interesses.

3 RESULTADOS

No processo de organização e análise dos dados foi identificado o universo de 1.830 registro de abortamento identificados no recorte histórico e geográfico analisados, além de média e desvio-padrão de $(83,9 \pm 15,2)$. Também foi possível verificar que a maior preponderância identificado foi de 6,7% ($n=118$) no ano de 1997 e a menor foi de 3,1% ($n=55$) no ano de 2014, conforme exposto junto a figura 1.

Figura 1 – Frequência de registros de mortalidade por aborto no Brasil, 1996 a 2017 ($n=1.830$):



Fonte: SIM/DATASUS/MS, 2019.

Quando analisada a frequência de registros de abortamento por regiões brasileiras foi identificada que a região Sudeste (SE) obteve a maior preponderância com 43,4% ($n=794$) e a região Centro-oeste (CO) a menor com 8,2% ($n=150$), conforme exposto junto a tabela 1. Já quando analisado o referido fenômeno por unidades federativas (UF), foi identificado que o estado de São Paulo (SP) registrou a maior preponderância com 43,1% ($n=342$) e Roraima (RR) registrou a menor preponderância com 3,3% ($n=6$).

Tabela 1 – Frequência de registros de mortalidade materna por aborto no Brasil por regiões e unidades federativas no Brasil, 1996 a 2016 (n=1.830):

Regiões/UF	f	%
Sudeste	794	43,4
São Paulo	342	43,1
Rio de Janeiro	275	34,6
Minas Gerais	140	17,6
Espírito Santo	37	4,7
Nordeste	498	27,2
Bahia	153	30,7
Maranhão	97	19,5
Ceará	71	14,3
Pernambuco	69	13,9
Sergipe	29	5,8
Alagoas	23	4,6
Piauí	22	4,4
Rio Grande do Norte	17	3,4
Paraíba	17	3,4
Sul	204	11,1
Paraná	88	43,1
Rio Grande do Sul	86	42,2
Santa Catarina	30	14,7
Norte	184	10,1
Pará	76	41,3
Amazonas	45	24,5
Amapá	21	11,4
Rondônia	17	9,2
Tocantins	10	5,4
Acre	9	4,9
Roraima	6	3,3
Centro-Oeste	150	8,2
Distrito Federal	42	28
Mato Grosso	37	24,7
Mato Grosso do Sul	36	24
Goiás	35	23,3
Total	1.830	100

Fonte: SIM/DATASUS/MS, 2019.

Quando analisadas as características socioeconômicas e sociodemográficas identificadas foram identificadas enquanto maiores preponderâncias que 47,2% (n=831) possuíam idade entre a 20 a 29 anos, 63,3% (n=1.158) se encontravam solteiras, 21,4% (n=391) possuíam entre 4 a 7 anos de escolarização, 41% (n=751) possuíam cor/raça parda, conforme encontrado junto a tabela 2.

Tabela 2 – Características socio-econômicas relacionadas aos registros de mortalidade materna por aborto por idade, estado civil, escolarização, cor/raça no Brasil, 1996 a 2017 (n=1.830):

Categorias	f	%
Idade		
20 a 29 anos	831	47,2
30 a 39 anos	546	31
15 a 19 anos	268	15,2
40 a 49 anos	87	4,9
10 a 14 anos	24	1,4
50 a 59 anos	4	0,2
Idade ignorada	1	0,1
Estado civil		
Solteira	1.158	63,3
Casada	372	20,3
Viúva	26	1,4
Separada judicialmente	44	2,4
Outro	82	4,5
Ignorado	148	8,1
Escolarização		
4 a 7 anos	391	21,4
8 a 11 anos	390	21,3
1 a 3 anos	159	8,7
12 anos e mais	92	5
Nenhuma	84	4,6
9 a 11 anos	18	1
1 a 8 anos	11	0,6
Ignorado	685	37,4
Cor/raça		
Parda	751	41
Branca	576	31,5
Preta	183	10
Indígena	17	0,9
Amarela	5	0,3
Ignorado	298	16,3
Total	1.830	100

Fonte: SIM/DATASUS/MS, 2019.

O fenômeno em análise se constitui enquanto um problema de saúde pública, bem como, uma das principais causas de mortalidade materna (MORSE, 2011). No que se refere a redução na frequência de registro de casos de abortos identificados, a mesma se encontra de comum acordo com a literatura científica quando é verificado um menor risco de mortalidade que é resultado dos estudos que começaram na década de 80 e, tal resultado é de suma importância haja visto que indica a redução do risco de morte durante a gravidez (BRASIL, 2012).

Já para outros autores, a explicação para a redução das taxas de mortalidade atrelada ao aborto está ligada a vários fatores, em síntese, podemos observar que os indicadores sociais e culturais, como a escolaridade das mulheres aumentaram nos últimos anos, bem como, há uma maior cobertura de métodos contraceptivos, que diminuíram o número de gravidez indesejada e levaram a uma regressão no quantitativo de abortos (MONTEIRO, 2015).

Nesse sentido, as mulheres têm mudado o seu papel social, almejando conquistas, empregabilidade adequada com estabilidade financeira, grau de educação, para assim constituir uma família o que explica a diminuição da mortalidade materna (CARVALHO, *et al.*, 2014).

Em relação a maior frequência de registros de mortalidade por abortamento ser identificada junto a região SE, a mesma também encontra sustentação científica quando é proposto que, a referida região possui um maior número de estudos o que leva a uma maior vigilância com produções acadêmicas, este é um dos principais motivos para que tal região seja mais notificadas (MENEZES, 2009).

Já para outros autores, a região SE tem uma das maiores populações, o que explicaria o número elevado de mortes por aborto. Consequentemente, tem como problema o crescimento desorganizado das periferias o que acarreta defasagem da cobertura de saúde (SCHRAMM *et al.*, 2010).

Em relação à evidência identificada referente a maior frequência de registros de mortalidade em pessoas que se encontravam na faixa etária de 20 a 29 anos, a literatura científica sustenta que, o perfil de mulheres que venham a falecer em consequência de aborto tem idade entre 20 a 39 anos, solteiras, com 4 a 11 anos de estudo, de raça parda, na região sudeste (BRASIL, 2019).

No que se refere a evidência de pessoas solteiras registrarem maior preponderância em relação ao fenômeno em análise, historicamente este fator já era identificado pois, mulheres solteiras e jovens tendem a ficar mais ansiosas em relação ao cuidado do primeiro filho, pois além da questão adaptativa da nova maternidade há o sentimento de ambivalência que acarreta na dúvida da mulher em continuar a gestação (PELÁ, 1978).

Na evidência relacionada a escolarização reduzida, é apontado pela literatura científica que este fenômeno está ligado a questão do acesso e a compreensão de seus direitos (DINIZ, 2017).

Em relação a cor/raça parda registrar maior preponderância, a mesma também encontra sustentação junto a literatura científica quando, é exposto o fenômeno da miscigenação entre as raças (ARAÚJO, 2002). Por outro lado, a questão da cor/raça possui ligação no que se refere a questão financeira, pois há desigualdade social no Brasil o que leva as mulheres de cor parda a realizarem procedimentos inseguros (DINIZ, 2017).

O universo de registros identificados pela presente pesquisa sugere subnotificação de casos de mortalidade por aborto, o que é também citado pela literatura científica onde os mesmos, tem sido fortemente acompanhado pelo MS bem como pela OMS (BRASIL, 2011). Porém, é importante considerar que a mortalidade decorrente de aborto representa uma fração desse problema, ou seja, os dados de hospitalização por aborto, são mais representativos do que apenas os de óbito de forma isolada (BRASIL, 2011).

Desta forma, o aborto inseguro tem uma relação direta com a morte materna em geral traz uma grande preocupação, motivando assim a luta para a sua legalização, no entanto, precisamos identificar o problema em sua gênese, que consiste na falta de cobertura na saúde primária no Brasil tendo somente 73,91% de cobertura em toda a extensão do território brasileiro no período de 2019 o que nos leva a um déficit de 26,09%, ou seja, aproximadamente um 1/4 do país sem assistência básica (BRASIL, 2019).

Em decorrência da melhora qualidade de vida (QV) socioeconômica, e como explicação da subnotificação do risco de aborto, as mulheres buscam clínicas clandestinas com profissionais capacitados para praticar o crime, para que desta forma, não sejam notificados (DOMINGOS, 2010).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) não há uma redução no número de mulheres que cessam a gravidez em países onde o mesmo é considerado crime, mas em contrapartida, se tem uma incidência maior de abortos inseguros o que não condiz com a visão de que a quantidade de abortos diminui com a legalização. A OMS define como aborto inseguro a prática realizada por pessoas não habilitadas a praticá-lo ou em ambientes inadequados para prática (OMS, 2017).

4 DISCUSSÃO

Para entendermos a criminalização do aborto é necessário identificar o ramo que estuda o crime, a criminologia, é definida como uma ciência empírica, na medida em que o

objeto é visível no mundo real, ou seja, controle social, vítima, crime e criminoso (JESUS, 2013).

O controle social é o mecanismo pelo qual as pessoas são submetidas as normas sociais, e desta forma, a conduta de cessar a vida de alguém constitui quebra de princípio fundamental, o ordenamento jurídico brasileiro resguarda a vida, ou seja, são puníveis todos os crimes contra a vida no intuito de prevenir e educar (FILHO, 2018).

Entretanto há três (03) tipos de vitimizações, sendo que a primária consiste em um ato onde o agente da conduta criminosa é também a pessoa que sofre a ação da mesma, e nesse sentido, que o artigo 124 do CP aponta que o ato abortivo é provocado pela própria gestante. Já a vitimização secundária é a consequência das relações entre a vítima e o Estado e, consiste no amparo da lei em respaldar a mulher conforme artigo 128 do CP. A vitimização terciária ocorre devido ao excesso de sofrimento onde os limites da lei não alcançam, podendo ser citada aqui a ADPF 54 onde não havia respaldo para o ato abortivo com feto anencéfalo (DINIZ, 2018).

Crime se constitui enquanto um problema social, com desvio de conduta definido como típico, ilícito e culpável. Dessa forma, o aborto é considerado como fato típico, por impedir o fruto da concepção. Ilícito, pois as leis proíbem e por fim, culpável por ter pena para quem o comete, no entanto, o criminoso consiste em quem faz ação criminosa (FILHO, 2018).

À luz do direito, o aborto pode ter várias causas, dentre elas as acidentais que se iniciam de forma não dolosa, ou seja, quando não se tem a intenção, bem como, não se assume o resultado final. Já os decorrentes de causa natural, são semelhantes aos de causa acidental, porém, se diferenciam quanto a ação e não há punibilidade. Entretanto o aborto criminoso e o aborto legal são considerados dolosos, ou seja, há a intenção, porém, a diferença entre eles é quanto a pena e a ilicitude (DINIZ, 2018).

O aborto ilegal constitui crime e tem punibilidade, ao contrário do legal, que não há punibilidade como prevê o CP em seu artigo 128 e na ADPF 54 (JESUS, 2013). No artigo 128, é proposto que “não se pune o aborto praticado por médico”, e desta forma, o aborto necessário é verificado em I - se não há outro meio de salvar a vida da gestante e, se o aborto é constatado no caso de gravidez resultante de estupro é exposto em II, se a gravidez resulta de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal (BRASIL, 1940).

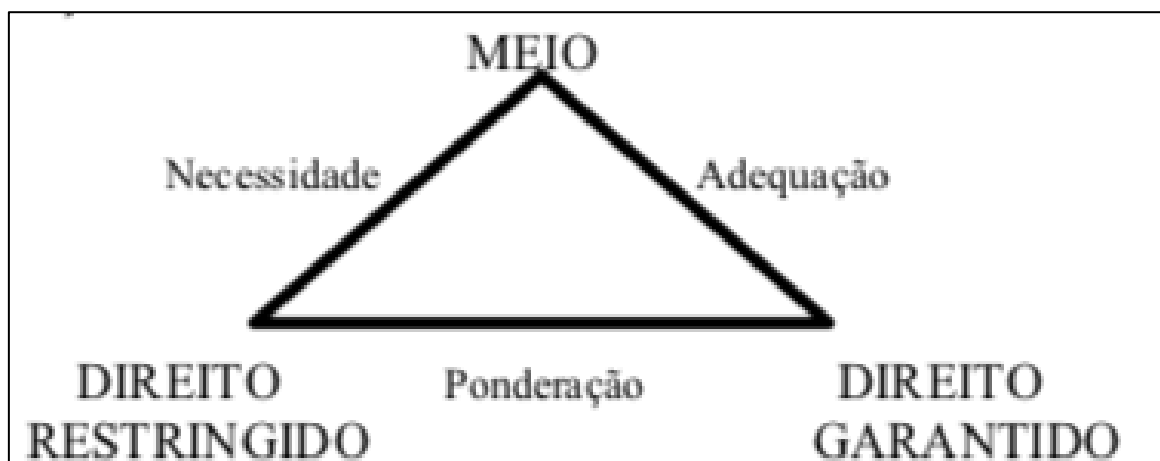
O crime de aborto está previsto no capítulo I que versa acerca dos crimes contra a vida

no CP, logo o legislador teve a intenção de proteger o nascituro como um ser vivo garantindo o direito à vida, como prever o *caput* do artigo 5º da CF, em seu artigo 5º, é exposto que, “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes” (BRASIL,1988).

No entanto o CC põe a salvo a garantia dos direitos civis do nascituro com o nascimento com vida, em seu artigo 2º é exposto que, “a personalidade civil da pessoa começa do nascimento com vida; mas a lei põe a salvo, desde a concepção, os direitos do nascituro” (BRASIL, 2002).

Desta forma, é garantido que os direitos condicionados ao nascimento com vida. Infere-se que o direito a vida tem uma ponderação maior nos códigos, no entanto quando há conflito com outros direitos fundamentais deve-se analisar (PEREIRA, 2017). Nesse sentido, a teoria geral dos direitos fundamentais tem o intuito de garantir os mesmos e minimizar ao máximo os agravos (SCHÄFER, 2000), quando é exposto ao citar que não há uma hierarquia formal entre os direitos fundamentais mais em casos específico pode haver a ponderação de um direito como pode ser observado no quadro a baixo, para determinarmos os direitos em conflitos (FILHO, 2010).

Figura 2: Diagrama da preservação de direito:



Fonte: FILHO, 2010.

Referindo-se ao tema aborto, o direito restringido ou violado é o da liberdade da mulher e o direito garantido é o da vida do feto e, desta forma, o meio que se dá a interrupção

é ato de abortar. E a questão a ser levantada é se há a necessidade de legalizar o aborto e se não há outro meio menos gravoso ou insidioso para garantir o direito a vida com menos interferência no direito a liberdade da mulher (JESUS, 2013).

Necessidade constitui o meio pelo qual restringe o direito devendo ser menos insidioso possível, e nesse sentido, as ponderações se constitui quanto ao equilíbrio entre o direito garantindo e o direito restringido. A adequação esta voltada para a finalidade que se quer garantir (FILHO, 2010).

Desta forma, o aborto é interpretado como um problema de saúde e para a saúde, visto que há cerca de 250 mil internações hospitalares anuais de mulheres em decorrência de prática de aborto ilegal que poderiam ser evitadas ou minimizadas se houvesse uma maior amplitude do planejamento familiar em prevenir a gravidez indesejada, já que os direitos reprodutivos são de grande importância na dimensão dos direitos humanos (SANTANA, 2011).

No entanto, o Brasil tem políticas públicas que interferem na questão do aborto ilegal, o que é expresso no artigo 6º da CF como direito do cidadão e dever do estado garantir a saúde, entretanto, não há um suporte adequado no âmbito da saúde, o que leva a negligência do cuidado na saúde primária (GAVENA, 2004).

No artigo 6º da Carta Magna nacional, é exposto que são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 1988).

De acordo com a proposição do MS do ano de 2002, foi sancionada pelo Presidente da República e aprovada pelo Congresso Nacional a Lei de número 9.263, regulamentando o planejamento familiar que garantia à mulher e ao homem, a assistência a concepção e à contracepção como integrante das ações de assistência integral à saúde (ANJOS *et al.*, 2013).

Nesse sentido, o Estado tenta manter a diretriz do direito nos bons costumes, na moral e na ética, no entanto, ideologias insistem em solucionar os problemas decorrentes do aborto ilegal apenas tornando-o legal, tornando a questão solucionável, tirando assim o direito de defesa do nascituro, que não tem capacidade de se defender, assim, ficando tutelado a sua responsabilidade aos seus genitores. Segundo o CC, em seu artigo 3º é expresso que, são absolutamente incapazes os menores de 16 anos (BRASIL, 2002).

Desta forma, quando não há responsabilidade por parte dos genitores, tal responsabilidade se torna um problema do Estado e, conseqüentemente para a saúde pública,

haja visto que o direito à saúde é assegurado pela CF em seu artigo 6º (DINIZ, 2010).

Conforme identificado no corpo da Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, é demonstrada a função da enfermagem com a ótica da teoria do cuidado, porém, a mesma se apresenta de maneira superficial, em relação às etapas propostas pela doutora enfermeira e teórica Katharine Kolcaba para prover conforto ao paciente é necessário montar um plano de acompanhamento do paciente, baseado em uma matriz (LIMA, 2016).

Desta forma, Kolcaba teria uma visão voltada para o paciente em quatro (4) critérios, que são respectivamente, físico, psicoespiritual, ambiental, sociocultural, ou seja, uma visão muito mais ampla voltada para o cuidado (LIMA, 2016).

Desta forma, Ministério da Saúde por meio da Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento, trás como assistência a escuta ativa e uma acolhida sem julgamento, voltado para os profissionais médicos (BRASIL, 2014).

Considerada a primeira teórica e matriarca da enfermagem internacional, Florence Nightingale, é reconhecida mundialmente por suas várias obras, expõe de forma diferenciada e humanista suas concepções de proteção a vida, conforme idealizado seu juramento, dirigido aos profissionais de enfermagem. Atualmente, o juramento de Florence Nightingale deve ser dito por todos os formandos de enfermagem conforme resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) de número 218/1999 (COFEN, 1999).

Em suas próprias palavras, e conforme a referido juramento proposto por Florence, é declarado que:

“solenemente, na presença de Deus e desta Assembléia, juro dedicar minha vida profissional à serviço da humanidade, respeitando a dignidade e os direitos da pessoa humana, exercendo a enfermagem com consciência e fidelidade; guardar os segredos que me forem confiados; respeitar o ser humano desde a concepção até depois da morte; não praticar atos que coloquem em risco a integridade física ou psíquica do ser humano; atuar junto à equipe de saúde para o alcance da melhoria do nível de vida da população; manter elevados os ideais de minha profissão, obedecendo os preceitos da ética, da legalidade e da moral, honrando seu prestígio e suas tradições” (COFEN, 1999).

Já no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), em seu artigo de número 28, é exposto que provocar aborto, ou cooperar em prática destinada a interromper a gestação, se constitui enquanto uma proibição, entretanto, é coloca uma ressalva junto ao parágrafo único, onde é identificado que “os casos previstos em lei, o profissional deverá

decidir, de acordo com a sua consciência, sobre a sua participação ou não no ato abortivo” (COFEN, 2017).

Desta forma, e de acordo com o CEPE, deverá ser atenta a moral por cada profissional pertencente a equipe de enfermagem, escolher em auxiliar ou não no método abortivo, desde que tenha previsibilidade na lei conforme CP artigo 128 e ADPF 54 (COFEN, 2017; COFEN, 1996). Para outros pesquisadores, o fenômeno do aborto se constitui enquanto crime nas três hipóteses do CP em seu artigo 128, bem como, na ADPF 54 retira-se a pena, mas considera-se crime (DINIZ, 2018).

A eticidade está na percepção dos conflitos de vida psíquica (emoção x razão) e na condição, que podemos adquirir, de nos posicionarmos, de forma coerente, face a esses conflitos. Consideramos, portanto, que a ética se fundamenta em três pré-requisitos :1) percepção dos conflitos (consciência); 2) autonomia (condição de posicionar-se entre a emoção e a razão, sendo que essa escolha de posição é ativa e autônoma) e 3) coerência. Assim fica caracterizado o nosso conceito de ética, reservando-se o termo eticidade para a aptidão de exercer a função ética (COIMBRA, CASSIANI, 2001).

Em outros estudos que analisam em profundidade do aborto e suas derivações, é apontado que as mulheres que buscam o Sistema Único de Saúde (SUS) em decorrência do ato de aborto inseguro, são geralmente vítimas de preconceito por parte dos profissionais. O atendimento tende a ser punitivo e discriminador, gerando insegurança, angústia e culpa devido a criminalização e estigma inclusive por grupos religiosos (LE MOS, 2014).

Nesse sentido e, conforme apontado por alguns pesquisadores, a luta feminista busca os direitos de decidir sobre o próprio corpo, se fundamentando junto ao artigo 5º da CF, que garante os direitos à liberdade e a igualdade. Geralmente, as mulheres são restritas destes direitos, devido os conceitos religiosos, que não condizem com o estado laico (PIMENTEL, 1985). Nesse pensamento, o estado laico permite a interferência religiosa, no entanto, estado laicista proíbe qual quer manifestação religiosa (RANQUETAT, 2008).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como resultado deste trabalho é inferido que houve uma queda no número de abortos com um perfil definido de mulheres, sendo um problema de saúde pública com conflitos de direitos fundamentais.

No Brasil, o número de abortos é subnotificado, no entanto, é possível descrever uma redução, relacionada a vários fenômenos existentes, como por exemplo, a melhora dos indicadores sociais como a escolaridade, além da cobertura junto à saúde primária, influenciando na redução do quantitativo de gravidez indesejada.

O perfil de mulheres que mais praticaram aborto entre 1996 e 2017 pode ser definido enquanto pessoas, residentes na região sudeste, que possuíam faixa etária entre 20 e 39 anos, que se encontravam solteiras, que possuíam no mínimo 4 e no máximo 11 anos de estudo e que eram de cor/raça parda.

O aborto pode ser caracterizado como um problema de saúde pública, em decorrência da disponibilização reduzida de fornecimento de saúde primária a cerca de 1/4 da população brasileira, conforme evidenciado junto a literatura científica, bem como, outras fragilidades deste setor de atuação.

Os conflitos de direitos fundamentais, são derivados da dualidade entre o direito e as leis que o edificam, e aos grupos que buscam sua legalização. O embate ocorre devido aos conflitos de interesses entre o direito à vida e o direito a liberdade, sendo que no segundo caso, há uma figura completamente incapaz que precisa de um terceiro, neste caso, seus genitores para garantir seus direitos.

No Brasil, além das questões citadas acima, é possível ver a atuação do controle social, decorrente de leis, que consequentemente vem atrelado a um conflito social, que infere na criminalização para tudo que for contrário a conduta comum. Tais conflitos sociais criam instabilidade no atendimento de saúde pública, trazendo prejuízo as pacientes que ficam sem seus direitos garantidos, conforme os princípios do SUS, que são a integralidade de assistência, a autonomia das pessoas, a igualdade e o direito à informação.

Além disso, há um conflito dentro da própria categoria de enfermagem, quando a preservação da vida, que segundo Florence Nightingale, deve ocorrer desde a sua concepção e segundo o CEPE, fica a cargo do profissional enfermeiro, decidir ou não pela participação no ato de aborto dentro das previsões legais.

6 REFERÊNCIAS

ANJOS, Karla Ferras dos; SANTOS, Vanessa Cruz; SOUZAS, Raquel; EUGÊNIO, Benedito Gonçalves. Aborto e saúde pública no Brasil: reflexões sob a perspectiva dos direitos humanos. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, 2013.

ARAÚJO, Leila M. Batista; Adriano, Moura Costa de Viveiro; Lopes, R. Cru, et al.. Acanthosis nigricans in obese women in a mixed-race populatio: a Market of metabolic disturbance. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v.77, n.5,p. 537-543. Out. 2002.

BRASIL, **Lei 13.777**, de 10 de janeiro de 2002. Institui Código Civil. Brasília , 2002
Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406.htm> acessado em: 19 maio 2019.

_____. **Lei 2.848**, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Brasília, 1940. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848compilado.htm> acessado em: 19 mai. 2019.

_____. **Constituição Federal de 1988**. Brasília, 1988 Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> acesso em: 13 mai. 2019.

_____. **Caderneta de Atenção Humanizada ao Aborto**, Brasília, v.2 n.4, p. 1-62, jan.2011.

_____. **Boletim epidemiológico**. Brasília, v. 43, n. 1, p. 1-53, fev. 2012.

_____. **Cobertura da Assistência à Saúde Básica 2019**. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/reIHistoricoCoberturaAB.xhtml>>. Acesso em: 19 maio 2019.

CARVALHO, Marcia Valeria Pereira et al. Mortalidade materna na capital do Piauí. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v. 7, n. 3, p. 17-27, set. 2014.

COFEN (Conselho Federal de Enfermagem). **Código de Ética Profissional de Enfermagem**, 2017. Disponível em: <<http://www.coren-df.gov.br/site/legislacao/codigo-de-etica/>>. Acesso em: 2 jun. 2019.

COIMBRA, Jorséli Angela Henriques; CASSIANI, Silvia Helena De Bortoli. Responsabilidade da Enfermagem na Administração de Medicamentos: algumas Reflexões

para uma Prática Segura com Qualidade de Assistência. **Revista latino americana de Enfermagem**. São Paulo, v.9, n.2, p. 56-60, mar.2001.

DALLARI, Sueli Gandolfi. Aborto – Um Problema Ético da Saúde Pública. **Revista Bioética**. São Paulo, v.2, n.1, p.1-4, set. 2009.

DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; MEDEIROS, Alberto. Pesquisa Nacional de Aborto. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n.2, p.653-660, jan. 2017.

DINIZ, Gustavo Otavio. **Direito Penal** – Especial. 2. ed. São Paulo: editora Saraiva, 2010.

DOMINGOS, Selisvane Ribeiro da Fonseca; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa. O aborto como causa de mortalidade materna: um pensar para o cuidado de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem 2010**. Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.81-177, jan. 2010.

FILHO, João Trindade Cavalcante Filho. Teoria Geral dos Direitos Fundamentais. **Fundamento Histórico Filosófico**. São Paulo, v.1, p. 1-31, ago. 2010.

FILHOS, Penteado; Nestor Sampaio. **Manual Esquemático de Criminologia**. 33. ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2018.

FUSCO, Carmen L. B.; ANDREONI, Solange; SILVA, Rebeca de Souza e. Epidemiologia do aborto inseguro em uma população em situação de pobreza Favela Inajar de Souza, **Revista Brasileira Epidemiologia**. São Paulo, v.11, n.1, p. 78-88 , nov. 2008.

GRAVENA, Ana Carolina; WILLIAMS, Lúcia Cavalcanti de Albuquerque. Intervenção com gestantes adolescentes de baixo poder aquisitivo: prevenção de maus tratos e negligência. **Revista adolescência e Saúde**. São Paulo. v.12, n.3, p. 14-20, jan. 2004.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Estatísticas de Gênero: Indicadores Sociais das Mulheres no Brasil. **Estudos e Pesquisas - Informação Demográfica e Socioeconômica**, v.1, n.38, p. 1-13, jun. 2018.

JESUS, Damásio **Direito Penal** – Parte Especial. São Paulo: Editora Saraiva 2013.

LEMOS, Adriana; RUSSO, J. Araújo. Profissionais de saúde e o aborto: o dito e o não dito em uma capacitação profissional em saúde. **Interface Comunicação saúde Educação**. São Paulo. V.18, n.49, p.301-312. out. 2014.

LIMA, J. Vieira Figueiredo; GUEDES, M. Vilane Cavalcante Guedes; SILVA, Lúcia de Fátima da Silva; FREITAS, Maria Célia; FIALHO, Ana Virginia de Melo. Utilidade da teoria do conforto para o cuidado clínico de enfermagem à a puérpera: análise crítica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Rio Grande do Sul, v.37, n.4, p. 1-5. dez. 2016.

MENDEZES, Greice; AQUINO, Estela M. L. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. **Cadernos Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.25, n.2. p. 193-203. jan.2009.

MORSE, Marcia Lait; FONSECA, Sandra Costa; BARBOSA, Maeiane Doelinger; CALIL, Bonatto; EYER, Fernanda Pinella Carvalho. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra produção científica nos últimos 30 anos. **Caderneta de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.27, n. 4, p. 623-638, abr. 2011.

OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE): **Proibição não reduz número de abortos e aumenta procedimentos inseguros. 2017.** Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/oms-proibicao-cnao-reduz-numero-de-abortos-e-aumenta-procedimentos-inseguros/>>, acessado em: 18 mai.2019

PELA, Nilza T. Rotter; SANTOS, Celia de A. FERREIRA. Maternidade e Mãe Desamparada. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v.31, n.4, p.517-524, jan. 1978.

PEREIRA, Caio Mário da Silva. **Instituições de Direito Civil**,30º ed. Introdução ao Direito Civil Teoria Geral de Direito Civil, Rio de Janeiro, ed. Forense, 2017.

RANQUETAT, Cesar. Laicidade, Laicismo e Sularizacao: Definido e Esclarecendo Conceitos. **Sociais e Humanas**, Santa Catarina, v.21,n.6, p. 279-307., jan.2008.

SANTANA, Danielly Scaranello Nunes. **Morbidade materna grave por aborto no Brasil**. 2011. Dissertação de mestrado da Universidade católica de Pernambuco, Pernanbuco.2011.

SCHÄFER, Jairo Gilberto. **Restrição a Direitos Fundamentais**. 2000. 171 f. Dissertação de Mestrado em Direito Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

SCHARMM, Joyce mendes de Andrade et al.. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doenças no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.9, n.4, p. 897-908, nov. 2004.

SEDGH, Gilda; BEARAK, Jonathan; SINGH, Susheela; BANKOLE, Akinrinola; POPINCHALK, Anna; GANATRA, Bela; ROSSIER, Clémentine; GERDTS, Caintlin; TUNÇALP, ÖZGE; JOHNSON, Brooke Ronald; JOHNSTON, Heidi Bart; ALKEMA, Leontine. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. **The Lancet**, v. 388, p. 258-267. jul. 2016.

STF (Superior Tribunal Federal), **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental Nº 54**, Distrito Federal, 2012. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/arquivo/cms/noticianoticiastf/anexo/adpf54.f>>, Acesso em: 15 maio 2019.